

# Fiche sanitaire de liaison



## 1 - L'ENFANT :

NOM : ..... Prénom : .....

date de naissance : ..... garçon  fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle vous sera rendue à la fin du séjour.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS obligatoires	oui	non	dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				autres (préciser)	
ou Tétracoq					
autres (préciser)					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.  
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance pendant le séjour.

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>Rubéole</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Varicelle</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Angine</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Scarlatine</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Rougeole</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Coqueluche</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Otite</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Oreillons</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES:

asthme : oui  non  médicaments : oui  non

alimentaires : oui  non  autres : .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR  
(si automédication le signaler)

## INDIQUEZ CI - APRES :

les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

---



---

## 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?  
Mouille-t-il son lit même occasionnellement ? ... précisez

---



---

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... Prénom .....

adresse pendant le séjour .....

---



---

téléphone chez vous ..... votre portable .....

sur votre lieu de travail .....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) .....

## AUTORISATION :

je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

date :

signature :

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

séjour organisé par La Maison du BEAU - 110 rue de la République 54140 JARVILLE

OBSERVATIONS pendant le séjour :

---



---

signature du directeur du séjour :